社会保険資格喪失証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者（本人） | 氏名（性別） | 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　（　 　） |
| 住所 | 　 |
| 生年月日 | 　 |
| 厚生年金保険の記号番号 | 記　　号 | 番　　号 |
|  |  |
| 基礎年金番号 |  |
| 健康保険の記号番号 | 記　　号 | 番　　号 |
|  |  |
| 保険者番号ならびに保険者の名称 | 番　　号 | 名　　称 |
|  | 全国健康保険協会 〇〇支部 |
| 資格取得年月日 | 年　月　日 |
| 資格喪失年月日（退職日等の翌日） | 年　月　日（　年　月　日退職） |
| 被扶養者（家族） | 氏　　名（性別） | 続柄 | 扶養喪失年月日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

上記の者は、社会保険の資格を喪失したことを証明します。

令和　年 　月 　日

事業所所在地

名称

事業主名　代表取締役

電話番号